

# Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE) (Instrucciones del formulario: Excepción Dental del Beneficiario (BDE))

Si está teniendo problemas para concertar una cita dental para usted o su hijo en el Condado de Sacramento, siga las instrucciones siguientes.

Para casos de **EMERGENCIA DENTAL** (dolor, edema o hemorragia),  
Llame a **BDE al número gratuito: 1(855) 347-3310** para recibir ayuda.  
El horario de BDE es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

## Llene el formulario de BDE:

Ingrese el número de la Tarjeta de Identificación de Beneficios, tal como se muestra.



Marque todas las casillas que correspondan. Si "otro" es aplicable, por favor explique.

Firma y fecha (El padre debe firmar si el paciente es menor de 18 años de edad).

State of California—Medi-Cal Dental Services Program      Department of Health Care Services

### Beneficiary Dental Exception (BDE) Form (Formulario de Excepción Dental del Beneficiario (BDE))

Para casos de **EMERGENCIA DENTAL** (dolor, edema o hemorragia),  
Llame a **BDE al número gratuito: 1(855) 347-3310** para recibir ayuda.  
El horario de BDE es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

---

**Información del paciente**

Nombre (primer nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Benefits Identification Card Number (BIC) (Número de Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC)): \_\_\_\_\_

Mejor número para contactarlo: \_\_\_\_\_

---

**Información del padre o tutor (debe ser llenado si el paciente es menor de 18 años de edad)**

Nombre (primer nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Relación que tiene con el paciente: \_\_\_\_\_

Mejor número para contactarlo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

**Marque todas las casillas aplicables al paciente:**

Para "emergencias dentales", llame a **BDE al número gratuito: 1(855) 347-3310**.

No he podido obtener una cita "urgente" dentro de 72 horas o tres (3) días.

No he podido obtener una cita de "rutina" dentro de cuatro (4) semanas.

No he podido obtener una cita con el "especialista" dentro de 30 días a partir de la solicitud autorizada.

Otro: \_\_\_\_\_

---

**Firma y fecha** (El padre/tutor **debe** firmar si el paciente es menor de 18 años de edad)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha (mm/dd/aaaa):    /    /

---

**Le pedimos que devuelva este formulario en alguna de las maneras siguientes:**

<p><b>Mail (Correo):</b> Dental Managed Care BDE PO Box 997413, MS 4900 Sacramento, CA 95899-7413</p>	<p><b>E-Mail (Correo electrónico):</b> dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov Subject: Dental Managed Care BDE</p>	<p><b>FAX:</b> Dental Managed Care BDE (916) 464-3783</p>
---	---	---

MU\_0003834\_SPA\_1216

Se requiere la información del paciente.

La información del padre o tutor es necesaria únicamente si el paciente es menor de 18 años de edad.

Envíe el formulario por correo electrónico o por fax a Dental Managed Care (Atención Dental Administrada).

## Le pedimos que devuelva este formulario en alguna de las maneras siguientes:

**Mail (Correo):**

Dental Managed Care BDE  
PO Box 997413, MS 4900  
Sacramento, CA 95899-7413

**E-Mail (Correo electrónico):**

dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov  
Subject: Dental Managed Care BDE

**FAX:** Dental Managed Care BDE

(916) 464-3783